

## La Confusion Critique épistémologique des sciences infirmières

Cet article fait suite à un malentendu surgi au sein d'une équipe de chercheurs de la Haute Ecole de Santé de Genève menant une analyse du travail en milieu hospitalier. Souhaitant mobiliser le modèle théâtral de Erving Goffman, l'auteur de ces lignes s'y était vu freiné dans ses ardeurs au motif que son projet était incompatible avec les *paradigmes* produits par les *sciences infirmières*. Cet article rend compte des réflexions qui suivent. La scientificité des *sciences infirmières* y est interrogée par une double approche: une objectivation sociologique d'une part, qui permet de relever les valeurs qui sous-tendent les productions issues de ce milieu tout en suggérant des voies d'analyses possibles pour en rendre compte; une discussion épistémologique d'autre part, afin de montrer quels types de conséquences peut entraîner le paralogsme qui, en ignorant le principe selon lequel le regard crée l'objet, consiste à faire reposer l'existence d'une discipline scientifique sur un simple thème de recherche, celui des soins infirmiers.

**A** l'entame de cet article, il me semble important d'apporter quelques précisions quant au contexte de sa rédaction<sup>1</sup>. Je travaille à la Haute Ecole de Santé de Genève (HEdS-GE) qui regroupe cinq filières de formations professionnelles: soins infirmiers, soins sages-femmes, physiothérapie, diététique et technique en radiologie médicale. Comme sociologue, je contribue à la mission de recherche que l'institution mène dans le domaine de la santé.

En tant qu'elle fait partie du réseau des Hautes Ecoles Spécialisées, la HEdS-GE permet aux recherches menées en son sein de bénéficier du soutien financier lié au programme DORE du Fonds national de la recherche scientifique<sup>2</sup>. En octobre 2003, je travaillais au sein d'une équipe qui s'était constituée autour d'un tel projet. Alors récemment engagé à la HEdS-GE, j'avais été intégré en cours de route dans cette recherche qui portait sur la coopération entre médecins et infirmières dans deux services des Hôpitaux Universitaires de Genève: une unité de réhabilitation et une salle de réveil<sup>3</sup>. Alors que nous menions nos observations sur le terrain, je m'étais replongé dans la lecture de Goffman (1973). J'étais persuadé que le modèle théâtral qu'il propose pouvait nous permettre d'affiner nos observations. De fait, en appliquant de manière décisive et théoriquement fondée les appellations d'«acteurs» au personnel soignant d'une part et de «spectateurs» aux patients d'autre part, le modèle permettait, au travers de l'ensemble de ses concepts afférents (et notamment ceux liés à la «représentation d'équipe» et au «comportement régional»), d'éclairer sous un jour nouveau certaines des comparaisons auxquelles nous nous livrions.

Quelle ne fut donc pas ma surprise face au tollé que souleva ma proposition! De fait, l'un des membres de l'équipe s'y opposa, au motif que l'on ne pouvait raisonnablement considérer les patients comme des «spectateurs», c'est-à-dire comme des individus «passifs»: une telle appellation risquait non seulement de nous discréditer aux yeux de notre partenaire de terrain<sup>4</sup>, mais allait de surcroît à l'encontre de tous les enseignements de soins infirmiers se réclamant du «paradigme de la transformation» en vigueur au sein des «sciences infirmières». En tant que chercheurs «respectables», nous ne pouvions donc nous permettre de faire usage d'une telle taxinomie au sein d'un milieu qui, somme toute, rendait cette recherche (et donc nos statuts de chercheurs) possible.

1. Je tiens à remercier Denise Morin, Héloïse Durler et Pierre Escofet pour leur relecture attentive de ce texte ainsi que pour les nombreux échanges que j'ai pu avoir avec eux concernant certaines des questions abordées dans cet article.

2. Le programme DORE (Do REsearch) est un instrument de promotion pour la recherche orientée vers la pratique réalisée au sein des hautes écoles spécialisées. Il est actuellement intégré à la division des sciences

humaines et sociales du Fonds national de la recherche scientifique.

3. Le rapport final de cette recherche a pour titre: «Processus de régulation de la coopération entre infirmières et médecins dans des situations de travail hospitalier». La requérante principale est Danièle Lanza, responsable de l'unité de recherche et d'évaluation de la HEdS-GE.

4. Le soutien financier du programme DORE est soumis à la condition

d'une participation financière d'un partenaire de terrain (il s'agit généralement de l'institution sur laquelle porte la recherche) à hauteur de un tiers du subside demandé au Fonds national de la recherche scientifique.

Cependant, une fois le malentendu « réifiant » écarté, il fut malgré tout décidé de maintenir l'idée d'un recours au cadre d'analyse goffmanien. Mais nous devions toutefois nous prémunir contre les mauvaises lectures possibles par une brève introduction qui, pour montrer qu'aucune science, fut-elle « infirmière », ne peut se prévaloir du monopole de l'étude d'un objet particulier, devait clairement poser la différence entre un modèle théorique et un « paradigme infirmier ». La rédaction de ce texte m'ayant été attribuée, c'est ainsi que je me lançai dans la lecture de recherches en « sciences infirmières », un domaine qui m'était demeuré étranger jusque là.

Menant par ailleurs un travail de familiarisation avec l'épistémologie<sup>5</sup>, je ne pus m'empêcher de relever certaines impasses dans lesquelles se fourvoyaient les recherches en « sciences infirmières » que j'avais sous les yeux. Convoquant délibérément ces références à contre-emploi, je me lançai alors dans la rédaction d'un texte qui, en traçant les contours des attendus épistémologiques de la recherche à laquelle j'accorde crédit et que j'aspire à pratiquer moi-même, dépassait largement la fonction qui lui avait été attribuée initialement.

Finalement réduit à une note de bas de page dans le rapport final de l'étude précitée, ce texte se voit aujourd'hui arraché à son « destin de fond de tiroir » par l'opportunité qui m'est offerte de le publier dans *Carnets de bord*. Destin inattendu, certes, mais qui entraîne un changement d'adresse qui ne va pas sans soulever certaines questions : initialement conçu comme une sorte de « coup de gueule » d'un chercheur défendant « le droit d'accès de tous à tous les objets » face à un public de soignants, il contient moult principes quasi-didactiques dont le rappel m'aurait paru superflu s'il s'était agi d'un texte destiné à mes pairs. En publiant ce texte ici, je prends donc le risque de jouer le rôle du prêtre prêchant un public déjà converti. Cependant, et sans vouloir imposer un mode de lecture particulier, je pense qu'il y a ici de quoi intéresser le lecteur d'une revue de « jeunes chercheurs ». Car ce texte, qui met aussi le doigt sur la lutte de positions qui semble être le moteur – non maîtrisé – de la production des « sciences infirmières » peut, selon le bon principe de l'arroseur arrosé, être ramené à la position que j'occupe au sein d'une institution où la recherche, bien que de plus en plus valorisée, doit être continuellement défendue. En cela, il peut donc être lu comme une sorte de témoignage d'un « jeune chercheur » en lutte pour la reconnaissance au sein

d'un monde professionnel non académique qui lui réclame encore son dû en matière de coût d'entrée.

## Préambule à l'usage du modèle théâtral de Erving Goffman

Il nous suffit, pour le moment, d'avoir écarté de l'esprit du lecteur l'idée commune qui veut que la réalité soit une somme d'irrationalité inépuisable.

Gaston Bachelard, *La philosophie du non*

Je suis bien conscient que l'application du modèle théâtral goffmanien au contexte du travail hospitalier peut prêter à confusions. Du fait de l'emploi qu'elle fait du langage commun pour désigner des aspects non communs de la réalité commune, la sociologie est tout particulièrement exposée à ce genre de malentendus<sup>6</sup>. Il me semble dès lors nécessaire d'apporter quelques précisions d'ordre épistémologique, et ceci notamment afin de montrer ce qui distingue un modèle théorique (tel celui convoqué ici et qui autorise à considérer les patients comme des « spectateurs ») des différents « paradigmes » auxquels il est fait recours en soins infirmiers (et qui enjoignent à considérer le patient comme « acteur », c'est-à-dire comme un individu *actif* par opposition à la figure *passive* du spectateur). Sans vouloir opposer ces approches (qui n'ont pas à l'être) ni dénigrer l'importance des acquis propres à la pratique des soins, j'aimerais montrer brièvement ici en quoi elles ne participent pas du même projet – ce que la revendication de scientificité des « sciences infirmières » tend à faire quelque peu oublier.

Pour des raisons historiques (apparition relativement récente – à peine plus d'un siècle – de la sociologie dans le champ scientifique) autant qu'épistémologiques, les sociologues sont régulièrement portés à réinterroger la validité scientifique de leur discipline. Cette tradition de réflexivité épistémologique se traduit par une importante production d'ouvrages et d'articles. Bien qu'impliquant des chercheurs qui engagent des théories distinctes du social dans leurs analyses respectives, cette « scène épistémologique » de la sociologie soulève néanmoins des questions d'ordre général dont les fondements tirent leur pertinence de réflexions menées dans le cadre d'autres disciplines et qui valent pour toute entreprise de connaissance qui se voudrait *scientifique*<sup>7</sup>. C'est ainsi que, même

5. Mon intérêt allait tout particulièrement aux réflexions épistémologiques d'obédiences bachelardienne d'une part (explicitement rapatriées au sein des sciences sociales suite à la publication de *Le métier de sociologue* de Bourdieu, Passeron et Chamboredon) et webérienne d'autre part (développées, en France toujours, par Passeron suite à sa prise de distance avec certains propos du *Métier*, et aujourd'hui prolongées par Lahire).

6. « Le langage sociologique qui, même dans ses usages les plus contrôlés, recourt toujours à des mots du lexique commun pris dans une acception rigoureuse et systématique, et qui, de ce fait, devient équivoque dès qu'il cesse de s'adresser aux seuls spécialistes, se prête, plus que tout autre, à des utilisations frauduleuses » (Bourdieu et al., 1968 : 42).

7. « Si la plupart des auteurs ont été portés à confondre avec leur théorie

particulière du système social la théorie de la connaissance du social qu'ils engageaient, au moins implicitement, dans leur pratique sociologique, le projet épistémologique peut s'autoriser de cette distinction préalable pour rapprocher des auteurs dont les oppositions dissimulent l'accord épistémologique » (Bourdieu et al., 1968 : 16). Ainsi n'hésiterai-je pas à établir ici des rapprochements entre des sociologues que tout oppose au niveau de la conception du monde social.

si la sociologie demeure (et *demeurera*, si l'on en croit Weber) une discipline au sein de laquelle cohabitent une pluralité de théories du social, il n'en reste pas moins que la validité de chacune d'entre elles peut être mesurée à l'aune de sa cohérence sémantique et des exigences empiriques qu'elle impose. Et bien que le coût d'entrée dans la discipline reste relativement bas<sup>8</sup>, il n'en reste pas moins que tout chercheur faisant preuve de manque de rigueur dans son travail s'expose, par le jeu du contrôle croisé, au risque d'essuyer le feu de la critique de ses pairs.

C'est en profitant de la richesse de ce débat qu'il m'a semblé légitime de soumettre les « sciences infirmières » à ce questionnement auquel elles semblent elles-mêmes se soustraire. En prenant appui sur des auteurs qui n'hésitent pas à dénoncer le manque de rigueur épistémologique de certains travaux sociologiques, j'entends mettre ici le doigt sur une série de paralogismes qui, bien que guettant toutes les disciplines scientifiques – et peut-être tout particulièrement celles qui relèvent des sciences humaines – semblent laisser les tenants des « sciences infirmières » relativement indifférents.

Comme nous le verrons plus loin, les « sciences infirmières » participent étroitement de la lutte de positions dans laquelle se trouve engagée la profession depuis ses débuts. En sorte qu'il faudrait, en toute rigueur, faire remonter l'origine de la discipline aux origines mêmes de la profession, soit en 1856, année qui révéla l'activité et la personnalité de Florence Nightingale durant la guerre de Crimée. Grâce à une application systématique de certains principes hygiénistes, cette infirmière fit chuter le taux de mortalité d'un hôpital militaire de manière spectaculaire. La grande légitimité qu'elle acquit ainsi aux yeux du pouvoir militaire lui permit par la suite d'imposer la profession infirmière comme activité spécifique distincte de l'activité domestique dans laquelle elle avait été enfermée jusque-là, et de revendiquer une certaine autonomie par rapport au joug médical. La large diffusion de ses travaux et l'importance que revêt sa personnalité encore de nos jours au sein de la profession autorise à considérer l'épisode de la guerre de Crimée comme le « mythe fondateur » de la profession infirmière.

Cependant, on peut penser que l'émergence des « sciences infirmières » comme sphère d'activité relativement autonome de la profession soignante<sup>9</sup> a partie liée avec l'entrée de la formation dans la sphère académique telle

qu'elle a pu se faire dans le contexte particulier du Québec. De fait, la création d'une Faculté de nursing à l'Université de Montréal en 1962 (qui sera rebaptisée « Faculté des sciences infirmières » par la suite) apparaît bien comme un fait historique significatif pour la constitution de la discipline. Car non seulement elle contribue à accélérer le double processus de formalisation des savoirs et de sécularisation de la profession, mais elle favorise aussi les velléités de recherche et la revendication d'un cadre théorique original ouvrant sur un type de recherche distinct de celui qui caractérise la recherche médicale. Dès les années 1980, cette Faculté soumettra l'accès au corps professoral à une double condition : la possession d'un titre de doctorat et une activité de recherche. Un programme de doctorat en « sciences infirmières » conjoint aux Universités de Montréal et Mc Gill sera mis sur pied en 1998.

La tendance s'est assez vite répandue dans la province, et de nombreuses universités québécoises (Laval, Ottawa, Sherbrooke...) offrent aujourd'hui un programme de formation en « sciences infirmières ». En Suisse, le mouvement reste pour l'instant très marginal au niveau académique : seule l'Université de Bâle propose un institut en « sciences infirmières » rattaché à la faculté de médecine. On peut toutefois s'attendre à ce que le réseau des Hautes Ecoles Spécialisées qui se met actuellement en place constitue un terrain d'élection pour le mouvement dans un proche avenir.

A la lecture de recherches en « sciences infirmières », il apparaît que le cadre théorique repose principalement sur trois paradigmes qui se seraient chronologiquement succédés au sein de la discipline : les paradigmes de la *catégorisation*, de l'*intégration* et de la *transformation*. Selon Ducharme (2001), le paradigme de la catégorisation s'inspire directement du modèle biomédical et privilégie l'approche expérimentale comme étalon de recherche : « les phénomènes de recherche [y] sont vus comme des entités divisibles en catégories et considérés comme des manifestations simplifiables » (p. 24). Sylvain (2002) considère que le paradigme de la catégorisation a été peu à peu supplanté par le paradigme de l'intégration qui s'est développé entre les années 1950 et 1975 et qui se caractérise par « le règne de l'être biopsychosocial et de l'influence de facteurs multiples sur les phénomènes » (p. 10). Enfin, au paradigme de l'intégration a succédé le paradigme de la transformation, apparu vers le milieu

8. La faiblesse du coût d'entrée de la sociologie se repère en quatre indices au moins : 1) La position dominée qu'elle occupe sur l'échelle des prestiges au sein des facultés universitaires et la composition de son public étudiant, caractérisée par une surreprésentation d'individus parmi les moins sélectionnés du système scolaire (Bourdieu, 1989). 2) Le fait que les sociologues les plus reconnus au sein du monde scientifique soient aussi le plus souvent issus de disciplines autres que

la sociologie (philosophie, mathématiques, sciences politiques, économie). 3) L'inconscient littéraire et philosophique qui semble planer sur la discipline, autorisant certains à y occuper les positions les plus prestigieuses sans jamais s'être astreint à la moindre enquête empirique, ce qui fait écrire à Lahire que « si l'ordre décroissant de classement des sociologues, des plus grands aux plus petits, respectait l'ordre du travail scientifique réel, on verrait des « grands » rapetisser

et, dans certains cas, disparaître, mais aussi des « petits » ou des « moyens » grandir de manière significative » (Lahire, 2002 : 8). 4) Le fait, enfin, qu'il soit possible d'y décrocher la reconnaissance suprême en avançant masqué, c'est-à-dire en faisant tout autre chose que de la sociologie – le titre de docteur ès sociologie obtenu par l'astrologue E. Teissier est à cet égard tout à fait significatif (Lahire, 2005).

9. Afin de prévenir tout amalgame, je profite de cette distinction entre « sciences infirmières » et « profession soignante » pour préciser qu'une part importante des professionnel(le)s – enseignant(e)s autant que praticien(ne)s – ne se réclame pas des « sciences infirmières ».

des années 1970. Il introduit notamment une rupture avec les méthodes quantitatives, prétendument inaptes à rendre compte de « la nature holiste des soins infirmiers » (Ducharme, 2001 : 25). Selon les propos de Sylvain (2002), le paradigme de la transformation représente « une révolution de la pensée dans le monde en général et dans les soins infirmiers en particulier » (p. 11).

## 1. Les paradigmes des « sciences infirmières » et leurs valeurs sous-jacentes

Avant d'aborder les questions d'ordre épistémologique, j'aimerais évoquer brièvement la question des valeurs qui sous-tendent l'entier du projet des « sciences infirmières ». Tels que présentés par Sylvain (2002), les différents paradigmes en vigueur dans la profession sont à comprendre, selon les termes mêmes de l'auteur, comme « différentes visions des soins infirmiers » (p. 9). Ils représentent ainsi autant d'injonctions et de justifications à concevoir et pratiquer les soins de telle manière plutôt que de telle autre. On remarque donc que ces paradigmes, avant même que de participer d'un projet de connaissance théoriquement et empiriquement fondé, trouvent leurs origines dans une série de valeurs plus ou moins explicitées. C'est ainsi que la succession chronologiquement datée des trois paradigmes peut s'entendre comme s'inscrivant dans une triple dynamique dont je rends compte ici.

### a) Un effet propre à la force d'inertie des attributs sociaux traditionnellement rattachés à la figure de l'infirmière, tel que la propension typiquement « féminine » et quasi-confessionnelle à l'empathie et au don de soi

Cet ensemble cohérent d'attributs sociaux, dont seule une étude historique de la profession permettrait d'en mesurer toute l'importance, transpire au travers de nombreux textes des « sciences infirmières ». Il suffirait, pour s'en convaincre, de mentionner la citation placée en exergue de *La pensée infirmière* de Suzanne Kerouac, ouvrage de référence en la matière :

De la conscience morale à la connaissance intellectuelle,  
de l'amélioration de soi à l'amour des autres  
et à la compassion envers eux, tout est là...  
Tout vient de plus loin et tout va plus loin que nous

(Yourcenar, in Kerouac et al., 1994 : X).

10. Le terme employé pour désigner le patient n'est bien sûr jamais innocent. Comme en sociologie, où les appellations d'*individu*, d'*agent*, d'*acteur*, etc. sont solidaires de cadres théoriques particuliers, les appellations qui se succèdent dans le champ de la santé (*malade*, *patient*, *usager*, *client*, etc.) renvoient toujours à une conception particulière des soins. Il semble que les « sciences infirmières » aient aujourd'hui largement adopté la notion de *personne*, catégorie non

naturelle dont il faudrait, avec Mauss (1950), retracer la sociogenèse pour montrer comment elle a pris naissance au sein de la pensée grecoromaine pour se développer ensuite au travers de ses dimensions juridique, morale et psychologique, devenant ainsi le synonyme de l'« être conscient, indépendant, autonome, libre [et] responsable » qu'on lui connaît aujourd'hui (p. 355).

Mais l'on pourrait également citer certaines des *recommandations pour la pratique infirmière* proposées par Roberge et al. à l'issue d'une recherche portant sur les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : « Assurer une présence authentique, qui favorise une connaissance approfondie et globale des besoins de la personne soignée. Ces besoins dépassent la MPOC et sont liés à la personne, non à la maladie. La présence de l'infirmière témoigne de sa disponibilité et se manifeste souvent par l'humour, la gentillesse, l'attention particulière et le sourire » (Roberge et al., 2003 : 24). Bien que censées reposer sur les résultats de la recherche, ces recommandations ne font en fait que reprendre les attributs sociaux traditionnellement rattachés à la profession.

Sans chercher à développer davantage ce point – dont le lecteur pourra percevoir l'omniprésence dans les quelques citations proposées dans cet article –, on peut toutefois émettre l'hypothèse qu'il s'agit là du principe sur lequel repose la force des affinités électives entre les discours des « sciences infirmières » et certains professionnels chez qui il semble éveiller un sentiment immédiat d'évidences partagées. Et au risque de provoquer quelques vexations, il faudrait aussi se demander si la crainte de voir cette dimension de la profession objectivée (et donc « maltraitée ») n'est pas à l'origine des réactions épidermiques que provoque toute tentative de soumettre les « sciences infirmières » au jeu de la critique du champ dans lequel elles prétendent s'inscrire, c'est-à-dire du champ scientifique.

### b) Une forte tendance à s'inscrire dans l'air du temps, à savoir un relativisme absolu et un humanisme bien-pensant.

Le « paradigme de la transformation » (considéré par ses défenseurs comme le plus abouti) fait la part belle à l'individu – ici le patient<sup>10</sup> – conçu comme la mesure de toute chose : « chaque personne est unique ; elle ne peut être comparée aux autres et ne peut être évaluée par le biais de normes, puisqu'elle change continuellement selon son rythme propre et celui de son environnement » (Sylvain, 2002 : 11). Et c'est ainsi que, « lors d'échanges d'informations avec ses coéquipiers, l'infirmière trace le portrait de la personne qui participe activement à la création de sa santé et de son devenir ; elle décrit cette personne comme un être humain unique, conscient que sa façon de vivre reflète son choix de valeurs » (Kerouac et al., 1994 : 93).

Conformément à cette conception, la maladie devient une « expérience vécue selon la perspective de chaque personne » (Sylvain, 2002 : 11) ou encore, dans une perspective proprement magique, une « réalité créée qui n'existe pas en dehors de la personne qui la crée » (Sylvain et Talbot, 2002 : 293). Et c'est dès lors à l'infirmière qu'il incombe de saisir, moyennant ses qualités d'écoute et d'empathie, cette expérience *toute subjective* vécue par

des individus incommensurables : « L'infirmière qui se situe dans ce paradigme n'est plus l'experte qui prend les décisions, qui planifie les soins isolément : elle agit en partenariat et son jugement clinique est le reflet de la situation telle que perçue par la personne » (Sylvain, 2002 : 11). En accord avec une vision humaniste pleinement confiante dans les capacités d'un individu à prendre en charge sa destinée, les tenants de ce paradigme n'hésitent pas à considérer le patient comme un véritable expert, allant même jusqu'à ne reconnaître « l'utilité et l'importance d'un plan de soins seulement si la personne est coparticipante à son élaboration, à sa mise en œuvre et à son évaluation continue » (idem). On voit ainsi que, à force de ne considérer que la dimension idiosyncrasique des individus et d'ignorer la part que certains de leurs comportements ou attitudes doivent à leurs propriétés sociales, les « sciences infirmières » en viennent paradoxalement à proposer un *individu générique*, sorte d'abstraction psychologique empiriquement improbable. Outre qu'elle ignore tout ce que les rapports particuliers à la maladie et aux soins doivent aux conditions sociales particulières d'existence (Boltanski, 1969), cette inversion de l'effet – la structure psychique – et de la cause – l'organisation sociale – déjà pointée par Durkheim<sup>11</sup> ne peut que participer au processus d'imposition d'une morale de classe dont le principe repose sur « l'universalisation d'une définition de la compétence non accompagnée de l'universalisation des conditions de l'acquisition de cette compétence » (Bourdieu, 1979 : 426). Et l'on peut légitimement se demander si elle est bien faite pour préparer les futurs praticiens à l'exercice de leur profession dans ces lieux de brassages social et culturel que sont les hôpitaux.

**c) Une revendication de type corporatiste qui, dans un effort de circonscription d'un champ de compétences, vise à établir une définition particulière et légitime des soins et de leurs pratiques dont le corps infirmier détiendrait le monopole des savoirs autant que des mises en œuvre**

À la lecture de recherches en « sciences infirmières », il semble qu'il soit possible de distinguer trois domaines – ou, pour faire appel à une métaphore appropriée, trois *fronts* – qui participent étroitement de la lutte de positions dans laquelle se trouve engagée la profession :

- Le *front de la démarcation* d'abord, que révèle le nombre élevé de recherches motivées par un souci de circonscription du rôle infirmier – et qui s'attachent le plus souvent à défendre les spécialisations historiquement les plus récentes qui sont aussi souvent les moins clairement émancipées du joug médical (i.e. « quel est le rôle propre de l'infirmière anesthésiste ? »)<sup>12</sup>.
- Le *front de l'appropriation* ensuite, où tout se passe comme si la profession cherchait à s'arroger certains soins spécifiques issus d'importations plus ou moins explicitées. C'est ainsi que le « toucher thérapeutique », la « visualisation » ou encore la « réflexologie » sont reconnus depuis 1987 comme actes infirmiers par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec.
- Le *front de la réhabilitation* enfin, qui vise à faire reconnaître certains actes pratiqués de longue date par la profession, en les faisant passer du statut de simples « tâches » à celui de véritables « soins », dotant ainsi les pratiques d'une légitimité scientifique. Ainsi en va-t-il par exemple de l'alimentation à la cuiller qui, selon la remarque de Geissbühler et al. (2001), « est tacitement considérée comme un soin humain et naturel qu'il n'est pas nécessaire de justifier », et dont la mise en place s'impose donc le plus souvent sans véritable évaluation ni prise de décision préalable, « dans une sorte de glissement qui la prive de son statut de soin infirmier et en fait une tâche » (p. 6). Ce *front de la réhabilitation* s'apparente en fait le plus souvent à la lutte qui caractérise la plupart des professions fortement féminisées, qui se voient contraintes de faire valoir le *caractère acquis* de tous ces actes qu'un formidable travail de déshistoricisation-réification contribue à transformer jour après jour en actes *naturellement féminins*<sup>13</sup>. Et l'idée, largement diffusée au sein de la profession, selon laquelle il serait possible de distinguer les *savoir être* (innés) des *savoirs faire* (acquis) ne fait que renforcer ce processus de déshistoricisation.

C'est dans ce triple effort de *démarcation*, d'*appropriation* et de *réhabilitation* qu'il faut comprendre l'injonction poussant à adopter le « paradigme de la transformation » pour se démarquer du « paradigme de la catégorisation », ce dernier ne correspondant ni plus ni moins qu'à une description caricaturale du point de vue médical. Et il est intéressant de noter que l'on assiste au remplacement

11. « Les faits sociaux ne sont pas le simple développement des faits psychiques, mais les seconds ne sont en grande partie que le prolongement des premiers à l'intérieur des consciences » (Durkheim, 1998 : 341)

12. Remarquons que le *front de la démarcation* contient en lui-même une sorte de paradoxe insurmontable : en contribuant activement au processus de division du travail, il tend du même coup à réactiver sournoisement les principes du « paradigme de la catégorisation », toute spécialisation impliquant nécessairement une prise de distance avec l'approche holiste revendiquée par les tenants du « paradigme de la transformation ».

13. Comme le fait remarquer Peneff (1992), les compétences mobilisées par les infirmières sont soit considérées comme innées, soit considérées comme acquises par l'intermédiaire de travaux *naturellement* attribués aux femmes (le rôle traditionnel domestique). Ainsi en va-t-il de leur agilité (notamment pour les piqûres, perfusions, prélèvements sanguins, etc.) qui, contrairement à celle des chirurgiens, n'est que rarement reconnue comme qualification valorisante. Mais le

pouvoir de réhabilitation d'actes ou d'œuvres non reconnus étant un privilège réservé aux dominants (Bourdieu, 1979), on comprend pourquoi ce *front* fait l'objet d'un tel déploiement d'énergie au sein de la profession.

d'un mal par un autre : tout se passe en effet comme si la « science infirmière » s'entichait de notions lui conférant tous les appareils de la scientificité (« paradigmes », « métaparadigmes », « concepts », « modèles », etc.) à mesure qu'elle se débarrasse des notions pointues – mais prétendument réductrices – propres aux diagnostics « catégorisants ». En tant que discipline historiquement récente, la « science infirmière » n'échappe donc pas aux dérives qui guettent tout « nouvel entrant », parmi lesquels la sociologie elle-même : « une science inquiète de sa reconnaissance scientifique est portée à s'interroger sans cesse sur les conditions de sa propre scientificité et, dans cette quête angoissée de la *réassurance*, à adopter avec complaisance les signes les plus voyants et souvent les plus naïfs de la légitimité scientifique » (Bourdieu et al., 1968 : 97).

Dans la même veine, l'ignorance ostentatoire dont se prévalent les « recherches infirmières » vis-à-vis des acquis des autres disciplines ne fait que manifester le statut particulièrement fragile qu'elles occupent au sein du champ scientifique dans lequel elles prétendent s'inscrire. Car il semble difficile de justifier cette non cumulativité de la connaissance par une quelconque originalité des thèmes de recherches abordés. Ainsi, si l'on en croit Ducharme (2001), « (...) les recherches entreprises par les infirmières viseraient notamment : la compréhension des expériences et des phénomènes liés à la santé qui se manifestent à travers les différentes étapes de la vie ; l'étude des facteurs de l'environnement interne et externe qui régissent ces expériences ; et le développement et l'évaluation d'approches de soins qui permettent de favoriser la santé des personnes, des familles et des communautés » (p. 26). Or, assigner ces centres d'intérêt aux « sciences infirmières » sans s'astreindre à une quelconque entreprise qui ressemblerait de près ou de loin à un « état de la question », c'est faire table rase de toutes les recherches entreprises dans le domaine par des disciplines telles que la psychologie, la psychologie sociale, la sociologie, l'histoire ou encore l'anthropologie. Tout se passe donc comme si les tenants des « sciences infirmières » cherchaient à s'aménager un véritable bastion au sein duquel leur pouvoir serait total, usant ainsi d'une stratégie connue : « Il est clair que, dans le but d'obtenir un succès conjoncturel et rapide au sein même du champ scientifique, la stratégie consistant à quitter un royaume (où l'on est dominé) pour créer ailleurs son propre royaume (où l'on est dominant), plutôt qu'à com-

battre l'adversaire sur son propre terrain, est plus efficace, car moins coûteuse et plus légère » (Lahire, 2004 : 34-35). Et le fait de ne se référer qu'à des publications internes à la discipline ne fait qu'ajouter un coup de pinceau à ce même tableau, tant elle indique une tendance des « sciences infirmières » à se soustraire à l'échange généralisé de critiques, et à s'inscrire dans la logique du « club d'admiration mutuelle comme échange restreint de bons procédés » (Bourdieu et al., 1968 : 104)<sup>14</sup>.

Quoiqu'il en soit, l'omniprésence dans les travaux des « sciences infirmières » des fronts de la *démarcation*, de l'*appropriation* et de la *reconnaissance* donne à penser qu'il s'agit là de trois fonctions latentes qui l'emportent largement sur ce que devrait être la fonction explicite de tout projet scientifique, à savoir la production de connaissances.

## 2. Du modèle de conduite au modèle théorique

Il semble que les modèles mobilisés en « sciences infirmières » présentent tous les dehors de modèles « réalistes ». C'est ainsi que, s'inquiétant du faible transfert des résultats de la recherche infirmière vers la pratique des soins, Ducharme (2001) propose de substituer au « modèle traditionnel linéaire et séquentiel » un nouveau « modèle de collaboration (...) afin de lier les deux systèmes, celui des utilisateurs de résultats (les cliniciens et les clients des services) et celui des ressources qui génèrent la connaissance (les chercheurs-cliniciens et les cliniciens-chercheurs) » (p. 30). Ce mode d'application d'un « modèle » illustre un procédé, récurrent parmi les tenants des « sciences infirmières », qui consiste à présenter sous les dehors reluisants du *modèle théorique* ce qui n'est en fait rien d'autre qu'un *modèle de conduite*.

Considérer les trois paradigmes infirmiers comme des calques de la réalité (alors qu'ils pourraient faire office, à la limite, d'analyseurs idéal-typiques) amène ainsi à se représenter un monde *réellement découpé* selon les catégories qu'y place le chercheur. D'où le constat, quelque peu désabusé, que « (...) les infirmières vont et viennent, souvent à leur insu, entre les différents paradigmes » (Kérouac et al., 1994 : 111), ou encore que « l'actuelle structure d'organisation de la plupart des établissements de santé contraste avec une gestion des soins orientée vers la personne et la transformation » (idem : 118).

C'est à une toute autre posture que nous avons affaire dès lors qu'il s'agit de proposer un modèle *théorique*. Avant que de viser à une éventuelle modification des conceptions et des pratiques, ce dernier ne fait que proposer une manière possible d'aborder la réalité, de la comprendre et de l'expliquer ; il n'a donc de fonction qu'heuristique. A la différence des paradigmes infirmiers, qui prétendent décrire ce que la réalité *est* ou *devrait être* et qui ne font que peu de cas du passage du substantif à la substance, un modèle théorique ne cherche jamais à assimiler la

14. Ainsi, les bibliographies respectives de trois des références dont nous disposons présentent les proportions d'ouvrages « hors sciences infirmières » suivantes : Kerouac et al. (1994) : 21 sur un total de 239 ; Ducharme (2001) : 3 sur un total de 53 ; Sylvain (2002) : 1 sur un total de 19.

réalité étudiée: non, le milieu hospitalier *n'est pas* un théâtre, et les membres du personnel médical *ne sont pas* des acteurs, pas plus que les patients *ne sont pas* des spectateurs. L'usage du modèle théâtral goffmanien doit ainsi s'entendre comme le recours au *principe de l'analogie* qui est le propre de la démarche des sciences sociales (Berthelot, 2001). Il ne vise donc ni plus ni moins qu'à offrir un mode d'intelligibilité particulier de nos données: que nous disent-elles dès lors que l'on considère les relations en milieu hospitalier comme si nous avions affaire à un jeu de théâtre?<sup>15</sup>

Mais une telle définition du cadre théorique implique au moins quatre principes incontournables. Bien qu'étroitement liés et se recoupant largement, il convient de les distinguer dans un but de clarification, raison pour laquelle je les mentionne brièvement ici.

#### a) Un modèle non réifiant dont la validité dépasse le cadre de la situation observée

Contre toutes les tentations de réalisme, la métaphore théâtrale appliquée au milieu hospitalier est avant tout fonction de la posture du chercheur, c'est-à-dire de son objet de recherche. S'agissant du modèle théâtral, et comme le précise Goffman lui-même (1973: 92), taxer tels ou tels individus d'acteurs ou de spectateurs est avant tout un procédé de commodité. C'est ainsi que pour la recherche susmentionnée, seule la problématique (centrée sur les rapports entre infirmières et médecins) permet de qualifier le personnel médical d'acteurs et les patients de spectateurs. Et aucun argument de type «substantialiste» ne pourrait empêcher l'inversion de cette taxinomie dans le cas d'une problématique centrée sur les patients. Précisons qu'il en va de même pour la qualification des régions: dans le service de médecine étudié, si le salon où mangent et se reposent les patients peut être considéré comme une *région antérieure* en regard de notre problématique, il pourrait tout aussi bien être considéré comme une *région postérieure* si notre attention était centrée sur les patients (qui jouent certainement un jeu de coulisses dans le salon en l'absence du personnel médical)<sup>16</sup>.

En tant qu'abstraction, un modèle se doit d'être transférable. Tout l'intérêt d'un cadre théorique construit sur le principe de l'analogie repose en effet sur ses propriétés propres à favoriser un *déplacement sémantique*, c'est-à-dire

une *approche comparative*, démarche privilégiée (sinon la seule si l'on en croit Durkheim) par laquelle la sociologie constitue son objet: «Pour s'arracher à la considération idiographique de cas qui n'enferment pas en eux-mêmes leur raison, le sociologue doit multiplier les hypothèses d'analogies possibles jusqu'à construire la famille de cas qui rend raison du cas considéré» (Bourdieu et al., 1968: 74). Remplissant sa fonction de «figurativité formelle» (Utaker, 2002), le modèle permet ainsi de faire abstraction du contenu, laissant du même coup percevoir une *construction possible* du domaine étudié. C'est ainsi que Goffman montre au travers des multiples illustrations qui parsèment son ouvrage combien la cohérence sémantique<sup>17</sup> qui caractérise son modèle théorique permet d'opérer des rapprochements entre des contextes sociaux phénoménalement aussi différents que la famille, l'usine, la prison, etc. Outre sa cohérence sémantique, la théorie proposée présente ainsi tous les avantages d'un véritable «instrument de visibilité» (Utaker, 2002) grâce à l'«exigence empirique» qu'elle comporte et qui se mesure au fait «qu'elle impose des observations qui ne seraient pas pensables sans les concepts de cette théorie» (Passeron, 1994: 94).

Pour ce qui est de l'analyse en milieu hospitalier dont il est question ici, ce modèle permet non seulement d'éclairer certains aspects propres à des unités de soins particulières, mais aussi de comparer systématiquement ces unités entre elles. C'est ainsi que l'on peut constater que l'adoption par les médecins et les infirmières de «comportements de coulisses» se fait selon des modalités très différentes dans les deux unités observées: en l'absence des patients en unité de médecine; en présence des patients en salle de réveil. Or, cette simple observation (que le modèle rend possible) est susceptible d'ouvrir la voie à toute une série de considérations, notamment en ce qui concerne les *statuts* conférés aux patients dans ces deux services.

À l'inverse, et en raison de leur nature fortement réifiante, les paradigmes proposés par les «sciences infirmières» ne peuvent être transposés dans des contextes autres que celui dont ils sont issus et qu'ils servent à transformer. Mais à considérer la finalité qui leur est assignée, la question de la transférabilité ne semble pas faire partie des préoccupations de leurs concepteurs.

15. En l'occurrence, considérer le travail en milieu hospitalier *comme s'il s'agissait d'un théâtre* a pour principale vertu de montrer que la relation entre infirmières et médecins ne peut être comprise indépendamment de la relation qui les lie au groupe de patients.

16. Goffman (1973) définit une *région* comme «tout lieu borné par des obstacles à la perception» (p. 105). Il distingue les *régions antérieures*, lieux où l'on «accentue l'expression

de certains aspects tandis que l'on en dissimule d'autres qui pourraient discréditer l'impression produite» (p. 110) des *régions postérieures* ou coulisses, lieux «où l'on a toute latitude de contredire sciemment l'impression produite par la représentation» (idem).

17. En tant qu'ils se rapportent à une *réalité historique*, les concepts sociologiques comportent toujours, en plus de leur caractère idéaltypique, une dimension déictique. En sorte

que l'on peut les qualifier, avec Passeron (2001), de semi-noms propres. Si l'on y ajoute le fait qu'ils sont formulés avec le langage naturel, le risque est grand de voir s'imposer des concepts «amorphes», c'est-à-dire dont l'hétérogénéité de la réalité qu'ils désignent est telle qu'ils finissent par autoriser n'importe quelle mise à l'épreuve empirique ou, ce qui revient au même, qu'ils invitent à une certaine paresse empirique. Dès lors, parler de modèles *sémaniquement cohérents*

et *empiriquement exigeants*, c'est parler d'un ensemble de concepts dont la relation logiquement nécessaire indique un *sens univoque de mise à l'épreuve empirique*. Le modèle théâtral de Goffman, dont chacun des concepts ne peut être défini indépendamment de la relation qu'il entretient avec tous les autres et qui mène à des investigations précises, répond à cette exigence.

## b) La reconnaissance des limites du modèle construit selon le principe de l'analogie

Un modèle étant fait pour éclairer une réalité et non pour la réifier, il s'agit en deuxième lieu d'en bien cerner les limites. Car c'est bien à partir du moment où le modèle est considéré comme une description réaliste de la réalité qu'il devient dangereux. Et l'on peut alors avoir quelques bonnes raisons de combattre, sinon le modèle lui-même, du moins l'usage qui en est fait. S'agissant de défendre ici la légitimité de l'application du modèle théâtral à l'analyse de deux services hospitaliers, il me semble sensé de montrer comment Goffman lui-même s'emploie à rappeler les insuffisances évidentes de l'analogie à laquelle il a recouru : « La scène propose des fictions ; et on peut penser que la vie propose des situations réelles auxquelles on ne s'est pas toujours bien préparé. Qui plus est, sur scène un comédien se présente sous les traits d'un personnage déterminé à d'autres personnages joués par d'autres comédiens ; le public constitue le troisième partenaire de l'interaction – un partenaire essentiel, certes, et qui pourtant ne se trouverait pas là si ce qui se passe sur la scène était réel. Dans la vie réelle, les trois partenaires se ramènent à deux ; une personne adapte le rôle qu'elle joue aux rôles que jouent les autres personnes présentes qui constituent aussi le public » (Goffman, 1973 : 9-10).

En montrant clairement les limites de son analogie, en reconnaissant sans craintes que son exercice relève, pour partie au moins, de « l'artifice rhétorique » ou – analogie supplémentaire ! – de la « construction d'échafaudages » que l'on ne devrait dresser « que dans l'intention de les démolir » (idem : 240), Goffman ne fait qu'exploiter tout le potentiel de sa mise en scène en la menant à son point de rupture qui, si l'on en croit Lahire paraphrasant ici Passeron, est aussi le point où elle est la plus féconde : « Il faut oser aller plus loin encore qu'à l'accoutumée dans l'usage de l'analogie. En effet, l'usage passager, partiel et anodin (décoratif ou littéraire) de l'analogie n'apporte rien à la connaissance sociologique. Quitte à risquer la lourdeur du style, il vaut encore mieux essayer d'être systématique et filer la métaphore jusqu'au bout, lui faire « rendre » tout ce qu'elle peut donner, l'user jusqu'à ce qu'elle craque et qu'elle ne nous serve plus. Alors, au moment où la métaphore rend l'âme, lorsque le modèle analogique, selon toute évidence, *disjoncte*, on sait que l'on a atteint le point de vue qui est le plus fécond pour la connaissance » (Lahire, 2005 : 85).

## c) Une posture rationaliste: le regard crée l'objet

En cohérence avec ce qui précède, le troisième principe qu'implique le recours à un modèle théorique est l'adoption du *rationalisme scientifique* cher à Bachelard (1940). Bien qu'elle mette l'accent sur l'importance d'un rapport dialectique de va-et-vient continu entre la *théorie* (le rationalisme) et les *faits* (l'empirisme), cette posture accorde néanmoins la primauté à la direction allant de la première aux seconds : « le sens du *vecteur*

épistémologique nous paraît bien net. Il va sûrement du rationnel au réel et non point, à l'inverse, de la réalité au général (...) » (Bachelard, 1934 : 8). C'est ainsi que « des théories précises, clairement formulées, sont une condition préalable pour que des énoncés d'observation soient précis. En ce sens, la théorie précède l'observation » (Chalmers, 1987 : 61). Et ce sont précisément les conséquences de cette prise de conscience de l'antériorité de la théorie sur l'observation qui marque l'entrée en scène de ce que Bachelard qualifie de *nouvel esprit scientifique* : « Après avoir formé, dans les premiers efforts de l'esprit scientifique, une raison à l'image du monde, l'activité spirituelle de la science moderne s'attache à construire un monde à l'image de la raison. L'activité scientifique réalise, dans toute la force du terme, des ensembles rationnels » (Bachelard, 1934 : 17).

Dès lors, l'opposition n'est plus à situer entre recherche « avec théorie » et recherche « sans théorie », mais bien entre « théorie qui s'ignore » (et donc dangereuse) et « théorie explicite » (et donc contrôlée) : même les observations les plus « objectives » sont toujours chargées de théorie, et « les lois scientifiques ne peuvent [donc] être logiquement réduites à des énoncés d'expérience élémentaire » (Popper, 1973 : 35). Dire cela revient à admettre que, à la différence du monde de la consommation où le choix de premier type (acquérir une voiture ou y renoncer ?) précède toujours le choix de second type (quelle voiture acquérir ?), le chercheur en est réduit à un choix de second type face à la théorie, sa seule latitude consistant dans le passage d'une théorie spontanée à une théorie construite. Et c'est précisément ce passage qui est synonyme de la fameuse « rupture avec les prénotions » qui se trouve au principe de toute entreprise de connaissance épistémologiquement fondée.

Mais cette distinction entre sens commun et sens savant ne va pas de soi. Car bien souvent le chercheur « ne voit pas que l'ignorance est un tissu d'erreurs positives, tenaces, solidaires » (Bachelard, 1940 : 8). Difficile donc d'accepter l'idée suivant laquelle la connaissance n'est jamais précédée d'un quelconque néant : si elle est une structure non-adaptée, l'absence de connaissance n'en demeure pas moins une structure comme une autre. Cette idée ne semble en tous les cas pas avoir cours dans les « sciences infirmières », et particulièrement dans le cadre du « paradigme de la transformation ». C'est ainsi que, ignorant superbement le principe de non contradiction stipulant qu'une chose ne peut être et ne pas être en même temps, Sylvain et Talbot (2002) nous livrent un exemple éloquent du statut pour le moins ambigu qu'occupe la théorie au sein de leur discipline : « Dans cette recherche, nous avons fait le choix explicite de ne pas utiliser un cadre théorique pour guider la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, mais plutôt d'effectuer le travail de recherche de façon globalement inductive, à partir des données (...). Cependant, cette recherche s'inscrit dans un courant de pensée en santé qui met l'emphase sur le partenariat et la participation

des personnes comme décideurs et acteurs de leur santé» (p. 293). Dans le même ordre d'idées, Kerouak et al. (1994) affirment que «les recherches sont effectuées dans un système ouvert avec le moins de présuppositions possibles, offrant ainsi une perspective libre de relations de cause à effet, comme compréhension de la réalité» (p. 112, souligné par moi). Pour naïve et bien intentionnée qu'elle soit, cette posture n'en ouvre pas moins toute grande la voie au plus fondamental des présupposés, à savoir celui «de l'absence de présupposés qui définit l'ethnocentrisme» et qui laisse le chercheur «vulnérable à l'illusion de l'évidence immédiate ou à la tentation d'universaliser inconsciemment une expérience singulière» (Bourdieu et al., 1968: 100).

Rejoignant le principe saussurien selon lequel «le regard crée l'objet» (et non l'inverse), la posture rationaliste bachelardienne élimine du même coup toute tendance à vouloir attribuer des «objets» particuliers (et supposés jouir d'une existence autonome<sup>18</sup>) à des disciplines scientifiques particulières (l'*individu* à la psychologie; la *société* à la sociologie, les *soins infirmiers* à... la «science infirmière»). Une discipline scientifique ne saurait donc se définir par un domaine du réel qui lui appartiendrait en propre, et les sciences sociales doivent ainsi «montrer qu'il n'y a aucune limite empirique à ce qu'elles sont susceptibles d'étudier, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'objets plus socio-logiques, plus anthropo-logiques ou plus historiques que d'autres, mais que l'essentiel réside dans le *mode scientifique* (sociologique, anthropologique, historique...) de traitement du sujet». (Lahire, 2001: 122).

Mentionnons au passage qu'une posture rationaliste réinterroge logiquement le statut de la *question de recherche*. En ce sens, poser que les questions à investiguer «surgissent» de la pratique – «(...) la recherche infirmière est non seulement ancrée dans la pratique, mais elle en émane» (Ducharme, 2001: 30) – c'est ignorer «qu'énigme, problème, dissonance relèvent toujours d'un rapport interne entre *saillance* (les données empiriques) et *pertinence* (le cadre d'analyse et d'interprétation)» (Berthelot, 2001: 224). En ce sens, considérer, avec Ducharme toujours, que des interrogations concrètes telles que: «Comment pourrait-on mieux donner ce soin?» ou «Cette intervention a bien fonctionné. Pourquoi?» (Ducharme, 2001: 26) constituent des *questions de recherche*, c'est confondre les notions de *problématique* et de *problème* en jouant confusément du glissement de sens obtenu par le passage

du nom à l'adjectif<sup>19</sup>. Par l'amalgame qu'elles font entre sens savant et sens commun, les questions de recherche des «sciences infirmières» esquivent la question du rapport entre données empiriques et cadre théorique, affaiblissant du même coup leur statut scientifique «du fait que toute inscription d'un phénomène dans un cadre de pertinence peut, à tout moment, être référé au sens ordinaire comme instance ultime de signification» (Berthelot, 2001: 224). Et, de ce point de vue, force est de constater que les «sciences infirmières» ne sont pas encore parvenues à démontrer qu'elles avaient développé un point de vue qui leur serait propre.

Compte tenu de ce qui précède, parler de «construction de l'objet» aux tenants des «sciences infirmières» revient à s'exposer à des réactions en tous points semblables à celles qu'observe (et subit) Lahire au sein de sa propre discipline: «nombreux sont les sociologues qui critiquent aujourd'hui, naïvement, hypothèses et construction de l'objet. Ceux qui s'en muniraient commettraient le péché consistant à n'observer jamais rien d'autre dans le monde social que ce qu'ils y auraient eux-mêmes placé. Confondant construction de l'objet et *a priori* ou préjugés, considérant toute grille d'entretien comme un enfermement symbolique de l'enquêté, ils parviendraient presque parfois à faire passer tout effort de construction scientifique pour un manque de respect coupable vis-à-vis du réel (des acteurs).» (Lahire, 2002: 33). Si la vigilance épistémologique s'impose tout particulièrement en sociologie pour échapper à cette confusion entre construction théorique et préjugés, elle vaut en fait pour toutes les disciplines qui projettent de traiter scientifiquement de l'«humain», et donc, *a fortiori*, pour les «sciences infirmières». On y observe pourtant une dénonciation particulièrement virulente de la démarche rationaliste: ici comme ailleurs, celui qui s'y aventure court à tout moment le risque de se voir taxé de «positiviste»<sup>20</sup>.

Cette dénonciation s'inscrit en fait dans un rejet général de toute démarche rappelant de près ou de loin celle des sciences naturelles. L'article publié par A. Mucchielli dans la revue *Recherche en soins infirmiers* (1997) est à ce titre tout à fait éloquent, tant il montre comment le dualisme épistémologique peut se voir érigé en véritable dogme méthodologique. Justifiant du primat de la méthode qualitative par le fait qu'elle représente un «type de connaissance [qui] est liée à la nature propre de l'ordre des phénomènes humains» (p. 65), l'auteur en arrive même

18. «(...) la représentation de l'expérience comme protocole d'un constat pur de toute implication théorique transparaît en mille indices, par exemple dans la conviction, encore très répandue, qu'il existe des faits qui pourraient survivre tels quels à la théorie pour laquelle et par laquelle ils ont été faits» (Bourdieu et al., 1968: 55).

19. Ce glissement non contrôlé entre l'*adjectif* («la non observance thérapeutique est une situation *problématique* pour les infirmières») et le nom («les infirmières sont confrontées à la *problématique* de la non observance thérapeutique») semble en effet être au principe de l'usage abusif de ce terme parmi les «sciences infirmières».

20. «(...) c'est une constante de l'histoire des idées que la critique du positivisme machinal serve à affirmer le caractère subjectif des faits sociaux et leur irréductibilité aux méthodes rigoureuses de la science» (Bourdieu et al., 1968: 19).

à écarter toute possibilité de discussion en posant que les faits humains sont « qualitatifs par essence » (p. 68)<sup>21</sup>. Et c'est le même bon sens commun qu'il semble mobiliser pour la phase du « traitement qualitatif des données », en réduisant le travail de codification des entretiens à une « opération que tout le monde sait faire » et qui consiste simplement à « regrouper les éléments retranscrits tout en dégagant l'essentiel sans encore chercher à qualifier ou à conceptualiser le regroupement » (p. 69). C'est ainsi que, en posant la singularité méthodologique comme base de leur discipline, les « sciences infirmières » tuent dans l'œuf toute réflexion épistémologique et se font prendre au piège qui menace tous les chercheurs en sciences sociales, si souvent versés à fonder leur identité « sur l'adoption ou l'invention d'un vocabulaire théorique (...) labélisable, sur le choix définitif et stable d'une méthode particulière (...) et d'une échelle de contexte (...) » (Lahire, 1998 : 252).

#### d) Contre la posture intellectualiste

Le quatrième principe qu'implique le recours à un modèle théorique non réifiant est le refus de la posture dite intellectualiste, qui consiste à « introduire dans l'objet le rapport intellectuel à l'objet, de substituer au rapport pratique à la pratique le rapport à l'objet qui est celui de l'observateur » (Bourdieu, 1980 : 58). Dans le cas de l'analogie théâtrale appliquée au milieu hospitalier, l'erreur intellectualiste reviendrait à mener l'enquête en faisant comme si le personnel et les patients se considéraient *eux-mêmes* comme des *acteurs* et des *spectateurs*. Compte tenu du statut particulier d'un modèle théorique, une telle posture relève ni plus ni moins que de l'absurde, et laisse le champ libre à toute une série de dérives méthodologiques, dont je ne mentionne ici que les plus courantes :

- Les individus observés étant considérés comme partageant en tous points les présupposés théoriques du chercheur, ce dernier voit son rôle réduit à celui de simple porte-parole. Comme le mentionne Lahire (2002), cette posture se traduit généralement par un double mouvement. De fait, « ramener la science à du raisonnement ordinaire et montrer ce qu'il y a de savant dans l'ordinaire des raisonnements sont deux stratégies intellectuelles complémentaires désormais très courantes » (p.13). Dans le travail de récolte des données, cette attitude mène bien souvent le cher-

cheur à faire fi de tous les acquis de la discipline en matière d'opérationnalisation de concepts, et à poser des questions de manière frontale : « êtes-vous un acteur ? ».

- Dans la même veine, lorsqu'elle se présente sous la forme qui vise à montrer tout ce qu'il y a de savant dans l'ordinaire des raisonnements, l'erreur intellectualiste tend très vite à confondre la *bonne recherche* avec les *bons sentiments*. Cherchant à rendre à l'individu ses « lettres de noblesse », cette posture amène à un relativisme scientifique absolu. Et c'est dès lors tout « projet scientifique d'interpréter des conduites de manière plus systématique, plus complexe, plus informée et empiriquement mieux fondée que ne sont capables de le faire les acteurs ordinaires » qui se voit considéré comme la manifestation d'un « total irrespect des acteurs. (...) Interpréter le moins possible, ne surtout pas chercher à expliquer : voilà les conseils théoriques et méthodologiques délivrés. (...) Tout se passe comme si la sociologie forçait ou aimait quelque chose en construisant théoriquement son objet et en interprétant autrement que ne le font les acteurs ». (Lahire, 2002 : 13). Et c'est ainsi que, rejoignant cette posture relativiste, les « sciences infirmières » semblent tout particulièrement enclines à faire de la restitution aux personnes enquêtées un gage de validation de leurs analyses : ce que Mucchielli (1997) nomme la « confirmation externe » des résultats (p. 69) serait ainsi la meilleure preuve de la rigueur de leur démarche. Or, assigner un tel statut à la restitution des résultats, c'est courir le risque de ne faire que renforcer et confirmer le sens commun. Dénoncée sous l'appellation de « tentation au prophétisme », cette dérive guette tout particulièrement les chercheurs en sciences sociales, dont les sujets sont toujours susceptibles de contester, au travers de leurs propres catégories de perception, l'objectivation à laquelle ils sont soumis (Bourdieu, 1982). Ainsi en va-t-il de la sociologie : « Plus que tous les autres spécialistes, le sociologue est exposé au verdict ambigu et ambivalent des non-spécialistes qui se sentent autorisés à accorder crédit aux analyses proposées, pour autant qu'elles réveillent les présupposés de leur sociologie spontanée, mais qui sont par là même portés à contester la validité d'une science qu'ils n'approuvent que dans la mesure où elle fait double emploi avec le bon sens » (Bourdieu et al., 1968 : 41). Et l'on comprend dès lors mieux pourquoi la tentation

21. Cette injonction récurrente à ne faire recours qu'à des méthodes qualitatives est en soi fort révélatrice. Car non seulement l'opposition qualitatif/quantitatif repose ici, comme tant d'autres, sur « une représentation simplificatrice des sciences de la nature qui réduit celles-ci à un modèle privilégié, celui de la mécanique newtonienne » (Boudon, 2000 : 126), mais elle semble aussi montrer que le discours des « sciences infirmières » pourrait se transformer en objet de

recherche justiciable d'une analyse structurale. De fait, il y a fort à parier qu'une analyse de contenu systématique d'un corpus de recherches se réclamant de cette discipline permettrait de conférer toute sa cohérence à l'opposition qualitatif/quantitatif en la rapportant au système d'oppositions homologues hypothético-déductif/empirico-inductif, explicatif/compréhensif, hypothèses/problématique, confirmation/découverte, positivisme/subjectivisme, figé/dynamique, etc. dans

lequel elle s'inscrit, toutes oppositions secondaires renvoyant à la distinction fondamentale entre le masculin et le féminin qui s'exprime ici dans les figures alternatives du médecin et de l'infirmière.

du prophétisme guette tout particulièrement ceux qui usent de la « restitution aux acteurs » comme d'un critère de validation de leurs résultats.

- En présupposant que le modèle théorique est au principe des pratiques (et donc que les individus en font une application *consciente*), les tenants de l'intellectualisme tendent du même coup à concevoir l'action comme la résultante de l'application d'une *règle*, notion demi-savante qui occupe « faussement la place des deux notions fondamentales, la matrice théorique et la matrice pratique, le modèle théorique et le sens pratique (...) » (Bourdieu, 1980 : 176). Or, et comme le montre notre propre recherche en milieu hospitalier, l'existence d'actions polyfocalisées suffit à rejeter cette conception réductrice de l'action : « (...) si nous supposons, comme le fait l'intellectualiste, que nous suivons, dans toutes nos pratiques, des règles explicites, alors nous ne pourrions pas rendre compte du fait évident de la cumulabilité des pratiques (...) : il nous arrive de faire plusieurs choses à la fois, alors que nous ne pouvons agir, en même temps, selon plusieurs règles explicites, c'est-à-dire appliquer simultanément plusieurs « modes d'emploi » pratiques » (E. Bourdieu, 1998 : 168).

### 3. Les « sciences infirmières » : discipline scientifique ou objet de recherche ?

On voit ainsi qu'humanisme, relativisme scientifique et intellectualisme sont des attitudes étroitement solidaires. On ne s'étonnera dès lors pas de constater de profondes affinités entre les tenants de certains courants sociologiques bien-pensants dénoncés par les auteurs précités et les tenants des « sciences infirmières ». A commencer par la présentation qu'ils font d'un sujet « tout puissant », véritable « objet non mû », collaborateur de la recherche pour les uns, personne active, participant aux soins et recherchant « les meilleures conditions pour atteindre un état de santé ou un bien-être optimal » (Sylvain, 2002 : 10) pour les autres. Et l'on pourrait continuer en évoquant le renversement typiquement *réaliste* qu'ils tendent à opérer, le plus souvent implicitement, en posant que « l'objet crée la discipline scientifique ». Et l'on n'en finirait pas d'énumérer les conséquences d'un tel paralogisme : tendance à une multiplication des disciplines au fur et à mesure qu'émergent des « objets nouveaux »<sup>22</sup> ; attitude consistant à ne reconnaître la légitimité de l'étude d'un

22. A cet égard, on pourra s'étonner de ne pas voir émerger ce qu'il conviendrait de nommer des « sciences sage-femmes ». Il semble cependant que la position particulière et particulièrement claire qu'occupent les sages-femmes parmi les professions médicales et soignantes (et notamment la nette délimitation de leurs tâches par rapport à celles des médecins) soit propre à limiter la portée du « front de la démarcation », atténuant du même coup la prétention à vouloir

univers pratique particulier qu'à ceux qui en sont issus ; valorisation du flou disciplinaire en usant de la métaphore inappropriée de *frontière*, contribuant ainsi à la diffusion des appellations trompeuses de *multi-*, *inter-* ou encore *pluridisciplinarité*<sup>23</sup> ; etc.

Peut-être me reprochera-t-on une certaine partialité dans le choix des exemples cités, trop bien faits pour renforcer le point de vue défendu ici : ce que l'on nomme les « sciences infirmières » peut-il vraiment se résumer à l'image cohérente présentée dans cet article ? Force est de reconnaître qu'il existe probablement une diversité des approches au sein même de cette discipline. Et il faudrait à ce titre mentionner certaines recherches qui me semblent faire preuve d'une véritable rigueur dans la démarche autant que dans la présentation des résultats<sup>24</sup>. Cependant, la question principale demeure. Car, bien que menées par des infirmières et publiées dans des revues de soins infirmiers, non seulement ces recherches ne semblent pas se réclamer explicitement des « sciences infirmières » (le terme n'y apparaît jamais), mais elles semblent de plus s'inscrire (sans pour autant l'expliciter) dans des démarches propres à des disciplines établies telles que la psychologie, la psychologie sociale ou la sociologie<sup>25</sup>. Et elles ne font dès lors qu'affaiblir un peu plus l'idée selon laquelle le domaine des soins infirmiers justifierait l'exclusivité d'un point de vue scientifique particulier. C'est ainsi que, si j'adhère sans peine aux propos de Wright Scott lorsqu'il affirme que les « sciences infirmières » sont nées d'un « amalgame d'autres sciences » (in Formarier, 1997 : 5), je m'écarte toutefois clairement de Formarier lorsqu'elle prétend que les « sciences infirmières » peuvent aujourd'hui se prévaloir d'une réelle autonomie en justifiant « d'une dynamique propre qui s'applique aussi bien aux fondements théoriques, aux aspects techniques ou encore aux outils » qu'elles utilisent (*idem*).

fonder une discipline scientifique qui leur reviendrait en propre.

*sociologie* afin de mieux saisir non seulement ce qui distingue ces deux types d'activités, mais aussi ce qu'il pourrait leur en coûter, à l'un comme à l'autre, à vouloir les confondre.

23. A l'erreur consistant à penser que des disciplines scientifiques différentes peuvent étudier des objets rigoureusement identiques, la notion de *pluridisciplinarité*, lorsqu'elle est utilisée sur un lieu de travail tel que l'hôpital, ajoute une confusion supplémentaire en maintenant le flou quant à la distinction entre des *disciplines professionnelles* (soins infirmiers, médecine) et les *disciplines scientifiques* qui en forment l'arrière-fond théorique (biologie, chimie, physique, psychologie, sociologie, etc.). A ce propos, la remarque de Canguilhem qui, en 1943 déjà, définissait la médecine « comme une technique ou un art au carrefour de plusieurs sciences, plutôt que comme une science proprement dite » (Canguilhem, 1966 : 7) me semble des plus pertinente. Et il y aurait sans doute quelque intérêt à reprendre les définitions de l'art et de la science que propose Durkheim dans son ouvrage *Education et*

24. Voir par exemple à ce propos les articles de Durack-Bown et al. (2002), Geissbühler et al. (1998) et Gagnon et al. (2002). On pourrait également citer la revue « Recherche en soins infirmiers » qui, en 1997, publiait un numéro « Spécial Méthodologie » dans lequel figurent des articles d'auteurs largement reconnus dans le champs des sciences sociales.

25. Et cette importation plus ou moins frauduleuse de concepts formés dans le cadre d'autres disciplines soulève en elle-même quelques questions du simple fait que, comme le montre Passeron (1994), toute connaissance utilisée dans un lieu théorique qui n'est pas le sien dérive nécessairement vers des assertions de type métaphysique.

Quoiqu'il en soit, les « sciences infirmières » disposent de possibilités importantes de diffusion *via* leurs chaires universitaires et leurs nombreuses revues. Et il faudrait donc s'astreindre à un travail autrement plus systématique que celui qui a été entrepris ici pour en cerner les contours. Mais l'objectif ne serait plus alors d'en faire la critique épistémologique afin de montrer en quoi elles ne peuvent revendiquer le statut de discipline scientifique (ce point me semble acquis), mais bien de les constituer en véritable objet d'étude (sociologique). Comme le lecteur l'aura certainement remarqué, je n'ai d'ailleurs cessé de glisser entre ces deux postures tout au long de cet article. Ainsi ai-je cru bon d'insister sur la *fonction latente* des « sciences infirmières » pour montrer qu'elles représentent un analyseur particulièrement pertinent pour l'étude de certains enjeux caractéristiques du champ de la santé. Et ce sont probablement des enjeux de même nature que révélerait une analyse structurale centrée sur les couples d'oppositions homologues dont j'ai cru pouvoir identifier la présence quasi-systématique au fil de mes lectures.

On l'aura compris, les considérations qui précèdent me mènent à contester fortement le statut de scientificité des « sciences infirmières ». Pour revenir à la préoccupation qui se trouve au fondement de cette réflexion, rien donc ne me semble pouvoir justifier, au nom d'une vérité *essentielle*, de renoncer à désigner les patients comme des « spectateurs » au sens de Goffman. Car la différence entre l'approche proposée ici et celle des « sciences infirmières » va bien au-delà d'une simple différence des termes employés : nommer autrement, c'est désigner des « objets » différents<sup>26</sup>.

Plus largement, et à l'heure où les « sciences infirmières » accèdent aux plus hautes instances de financement de la recherche<sup>27</sup>, le rappel d'un certain nombre d'acquis de la connaissance scientifique me semblait plus que jamais nécessaire. Ceci afin de recentrer le débat de manière à pouvoir interroger ce qui le mérite : non pas la spécificité de certains *thèmes* de recherche, mais bien la prétendue spécificité d'un *regard*.

Philippe Longchamp  
philippe.longchamp@hesge.ch

26. « (...) voir, comme on le fait souvent, le principe de toutes les difficultés de la communication entre disciplines, dans la diversité des langages, c'est s'empêcher de découvrir que les interlocuteurs s'enferment dans leur langage parce que les systèmes d'expression sont en même temps les schèmes de perception et de pensée qui font exister les objets à propos desquels il vaut la peine de parler » (Bourdieu et al., 1968 : 105).

27. Le programme PROSPER du Fonds national suisse de la recherche scientifique accorde chaque année des subsides de formation personnelle pour des chercheuses ou chercheurs en « sciences infirmières ».

## Bibliographie

- Bachelard, G. (1934), *Le nouvel esprit scientifique*, Paris, PUF.
- Bachelard, G. (1940), *La philosophie du non*, Paris, PUF.
- Berthelot, J.-M. (2001), *Epistémologie des sciences sociales*, Paris, PUF.
- Boltanski, L. (1969), *Prime éducation et morale de classe*, Dijon-Quetigny, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Boudon, R. (2000), « Théories et paradigmes », in Berthelot, J.-M., *Sociologie. Epistémologie d'une discipline. Textes fondamentaux*, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 123-127.
- Bourdieu, E. (1998), *Savoir faire. Contribution à une théorie dispositionnelle de l'action*, Paris, Editions du Seuil.
- Bourdieu, P. (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Editions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1980), *Le sens pratique*, Paris, Les Editions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1982), *Leçon sur la leçon*, Paris, Les Editions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1989), *La noblesse d'Etat. Grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Editions de Minuit.
- Bourdieu, P.; Chamboredon, J.-C.; Passeron, J.-C. (1968), *Le métier de sociologue*, Paris, Mouton Editeur.
- Canguilhem, G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- Chalmers, A. F. (1987), *Qu'est-ce que la science ?*, Paris, Editions La Découverte.
- Ducharme, F. (2001), « La recherche : voie privilégiée du développement du savoir infirmier », in *L'infirmière du Québec*, mars-avril, 23-34.
- Durack-Bown, I. (2002), « Perceptions et vécu de l'hypercholestérolémie : une analyse qualitative », in *Education du Patient et Enjeux de Santé*, Vol. 21, no 2, 58-63.
- Durkheim, E. (1998), *De la division du travail social*, Paris, PUF.
- Formarier, M. (1997) « Introduction », in *Recherche en soins infirmiers*, no 50, septembre, 5-6.
- Gagnon, E. et al. (2002), « Les soins à domicile dans le contexte du virage ambulatoire », in *L'infirmière du Québec*, novembre/décembre, 13-24.

- Geissbühler, E. ; Geissbühler, F. ; Rapin, C.-H. (2001), « Poids des problèmes pratiques, conceptuels et éthiques liés à l'alimentation à la cuiller des patients âgés en perte de capacités », in *Recherche en soins infirmiers*, no 64, mars, 5-15.
- Goffman, E. (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1: La présentation de soi*, Paris, Les Editions de Minuit.
- Kerouac, S. et al. (1994), *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*, Laval, Editions Etudes Vivantes.
- Lahire, B. (1998), *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan.
- Lahire, B. (2002) *Portraits sociologiques, Dispositions et variations individuelles*, Paris, Nathan.
- Lahire, B. (2004), *La culture des individus. Dissonances culturelles et distinction de soi*, Paris, Editions La Découverte.
- Lahire, B. (2005), *L'esprit sociologique*, Paris, Editions La Découverte.
- Lahire, B. (sous la direction de) (2001), *Le travail sociologique de Pierre Bourdieu. Dettes et critiques*, Paris, La Découverte & Syros.
- Mauss, M. (1950), « Une catégorie de l'esprit humain : la notion de personne, celle de moi », in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 331-362.
- Mucchielli, A. (1997), « Méthodologie d'une recherche qualitative en soins infirmiers », in *Recherche en soins infirmiers*, no 50, septembre, 65-70.
- Passeron, J.-C. (2001), « La forme des preuves dans les sciences historiques », in *Revue européenne des sciences sociales*, Tome XXXIX, 2001, No 120, pp. 31-76.
- Passeron, J.-C. (1994), « De la pluralité théorique en sociologie », in *Revue européenne des sciences sociales*, Tome XXXII, No 99, pp. 71-116.
- Peneff, J. (1992), *L'hôpital en urgence. Etude par observation participante*, Paris, Métailié.
- Popper, K. (1973), *La logique de la découverte scientifique*, Paris, Payot.
- Roberge, D. et al. (2003), « La qualité des soins. Qu'en pensent les personnes atteintes d'une MPOC ? », in *L'infirmière du Québec*, mai/juin, 14-26.
- Sylvain, H. (2002), « La vision holistique dans la pratique infirmière. Une question de... paradigme ? », in *Infirmière canadienne*, janvier, vol. 3, no 1, 8-12.
- Sylvain, H. ; Talbot, L. R. (2002), « L'approche participative en recherche pour développer un modèle d'intervention infirmière. L'exemple d'une recherche s'intéressant à la fibromyalgie », in *Perspective soignante*, no 14-15, 291-304.
- Utaker, A. (2002), « Analogies, métaphores et concepts », in Nouvel, P., *Enquête sur le concept de modèle*, Paris, PUF, 203-221.